Aus der Chirurgischen Universitätsklinik zu Breslau.
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. H. Küttner.)

Ueber die allmählich entstehende habituelle Luxation der Clavicula im Sternoclaviculargelenk.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
bei der Medizinischen Fakultät der
Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Walter Isaac
Arzt in Breslau.

□□□

Breslau 1923.
Druck der Buchdruckerei Umbreit, Altbüßerstraße 27.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Breslau.
I. Referent: Professor Dr. Weil.
II. " " " Küttner.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Zu den seltensten Formen der Verrenkungen gehören die Sternoclavicularluxationen, die sich allmählich nach einem geringfügigen Trauma oder ohne nachweisbare Ursache ausbilden. Abgesehen von einer Dehnung und Erschlaffung der Bänder und der Gelenkkapsel bleibt bei ihnen — im Gegensatz zu den schweren traumatischen mit Kapselzerreißung einhergehenden Formen — diese vollkommen intakt. In der Literatur sind 11 Fälle dieser Art beschrieben worden, wovon drei angeborene Luxationen sind.

Im Januar 1923 wurde auch in Breslau an der Orthopädischen Abteilung der Chirurgischen Universitätsklinik (Oberarzt: Prof. Dr. Weil) ein ähnlicher Fall beobachtet. Er betrifft ein 16 1|2 jähriges Mädchen, dessen rechtes Schlüsselbein im Sternoclaviculargelenk nach vorn luxiert ist. Die Patientin ist imstande, es durch Druck auf sein Köpfchen wieder in seine alte Lage zurückzubringen, aus der es aber bei Armbewegungen immer wieder heraustritt. Geringe Schmerzen, die auch nach dem Arm ausstrahlen, und leichte Ermüdbarkeit des rechten Armes sind ihre einzigen Beschwerden. Die Affektion besteht seit etwa einem Jahre. Wann und bei welcher Gelegenheit diese Störungen zum ersten Male aufgetreten sind, weiß die Patientin nicht anzugeben, was für eine allmähliche Entwicklung der Luxation spricht.

Allen bisher veröffentlichten Fällen von allmählich sich entwickelnden Sternoclavicularluxationen ist die Entstehung im jugendlichen Alter gemeinsam. Katzenstein erklärt diese eigentümliche Tatsache mit dem Verhalten der elastischen Fasern der Kapseln und Bänder, die bei erwachsenen und jugendlichen Individuen wesentliche Unterschiede in ihrer Zahl und Anordnung aufweisen. Während sie zunächst noch recht zart und spärlich sind und nur in parallelen Zügen verlaufen, bilden sie später ein dichtes Gitter-

werk von unregelmäßig zueinander angeordneten und viel kräftigeren Strängen und erhöhen so die Widerstandskraft der Kapseln bedeutend.

Sind einmal Gelenkkapsel und Bänder erschlafft, so wird im Sternoclaviculargelenk eine Luxation viel leichter als in jedem anderen Gelenk zustandekommen, weil es dann infolge der Inkongruenz seiner Gelenkflächen für eine Verrenkung geradezu prädisponiert ist.

Gleichwohl genügt zur Erklärung dieser Luxation nicht die Annahme der konstitutionell bedingten Schwäche der jugendlichen Gelenkkapsel, sondern es bedarf zu ihrem Zustandekommen immer eines äußeren Anreizes. Dieser kann ein einmaliges oder auch längere Zeit bestehendes Trauma sein, das von außen auf die Gelenkkapsel einwirkt, wie es auch verschiedentlich in der Literatur beschrieben ist, oder es spielen andere von innen angreifende Schädlichkeiten eine Rolle, die in jedem Falle besonders zu ergründen sind. Hierzu gehört

1. die Rachitis. Schon eine ganz geringe Epiphysenverdickung z. B. des Schlüsselbeinköpfchens, die klinisch kaum nachweisbar wäre, kann einen chronischen Reiz auf die nachgiebige Kapsel ausüben, der zu ihrer Erschlaffung führen muß.

2. Ein etwa durch ein Trauma entstehender Gelenkerguß ist ebenfalls in der Lage, eine Dehnung der Gelenkkapsel zu bedingen.

3. Die individuell sehr schwankende Inkongruenz der Gelenkflächen kann, zumal wenn sie der Discus articularis nicht genügend ausgleicht, so beträchtlich sein, daß schon daraus eine stärkere Inanspruchnahme des ganzen Bandapparates, und als Folge davon eine Dehnung der Kapsel im jugendlichen Alter resultiert.

Die in der hiesigen Klinik beobachtete Patientin war im Kriege an einem sogenannten Hungerödem erkrankt. Sollte dabei in den Gelenken ein geringer Hydrops bestanden haben, so kann man sich wohl vorstellen, daß das rechte Sternoclavioculargelenk mit seiner stärkeren Beanspruchung bei Rechtshändern auf diesen Reiz hin mit einer Erschlaffung der Kapsel und einer allmählich sich ausbildenden Luxation des Schlüsselbeinköpfchens reagiert.

Für die angeborenen Sternoclavicularluxationen kommen ähnliche Entstehungsursachen inbetracht. Die Annahme, daß bei diesen überaus seltenen Fällen eine kongenital angelegte abnorm weite und schlaffe Gelenkkapsel besteht, befriedigt nicht; es wirken auch hier ähnliche schädliche Einflüsse auf die normale, aber sicherlich noch bedeutend nachgiebigere Gelenkkapsel ein, wie sie für die extrauterinen Formen erwähnt worden sind. Auch sehr lebhafte kindliche Armbewegungen — etwa bei Bestehen eines Hydramnion — können zu der allmählichen Entstehung dieser Luxation in utero beitragen.

Charakteristisch für die angeborenen Sternoclavicularluxationen scheint das Fehlen einer Funktionsstörung, die Doppelseitigkeit und Schmerzlosigkeit der Affektion zu sein.

Therapeutisch hat die konservative Verbandbehandlung nur wenig Aussicht auf Erfolg. Dagegen sind die Operationsresultate sehr gute. Die gebräuchlichsten Operationsmethoden sind

1. die von König angegebene: Bildung eines Periostknochenlappens aus dem Sternum, Herüberklappen desselben über das Gelenk und Fixierung an die Clavicula,

2. die von Meyer geübte: Vernähung der sternalen und claviculären Partie des M. pectoralis maior mit seiner Faszie an den sternalen und claviculären aponeurotischen Ansatz des M. sternocleidomastoideus, und

3. die von Gottstein angegebene Kombination dieser beiden Methoden.